STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 21936
28 juli
2015

Regeling verpleging en verzorging

Vastgesteld op 16 juli 2015
Nadere regel NR/CU-733

Gelet op artikel 35, 36, 37, 38 en 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vastgesteld: Verpleging en verzorging.

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die verpleging en verzorging als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet leveren, niet zijnde de verpleging zoals bedoeld in beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'. De regeling 'Verpleging en verzorging' is ook van toepassing op zorgaanbieders die intensieve kindzorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet leveren.

2. Doel

Het doel van deze regeling is om voorschriften te stellen voor verpleging en verzorging, alsmede intensieve kindzorg, over:
– registratie;
– declaratiewijze.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

3.1 Audit-trail

Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens door de NZa en de zorgverzekeraar, kan worden gevolgd en gecontroleerd.

3.2 Declaratie

Het in rekening brengen van de verrichte prestatie(s) door de zorgaanbieder aan de patiënt of de zorgverzekeraar.

3.3 Onderlinge dienstverlening

De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van de zorg als bedoeld in artikel 1 Wmg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder op het gebied van verpleging en verzorging. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

3.4 Tarief

De prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, onder k, Wmg).

3.5 Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging zoals omschreven in art. 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv):
'1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
   a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
   b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
   c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar,

tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.'

3.6 Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

3.7 Intensieve kindzorg

Intensieve kindzorg is zorg aan verzekerden tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap waarbij:

a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht of;
b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Het betreft niet alleen zorg als bedoeld in artikel 2.10 Bzv, maar ook pedagogische ondersteuning en verblijf die aan genoemde verzekerden wordt verleend op basis van andere bepalingen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

3.8 Algemeen gegevensbeheer code (AGB-code)

Unieke code die aan iedere zorgaanbieder wordt toegekend, waarmee deze kan worden geïdentificeerd.

3.9 Uur directe zorgverlening

Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

3.10 Beeldschermcommunicatie (zorg op afstand)

Beeldschermcommunicatie is een vorm van zorg op afstand waarbij het patiëntcontact gericht is op het op afstand leveren van geïndiceerde zorg.

3.11 Farmaceutische telezorg

Farmaceutische telezorg is het op afstand begeleiden van patiënten bij het gebruik van medicatie. Een dispenser die via een internetportaal is aangesloten op een centrale computer reikt op het juiste moment de medicatie aan en opent automatisch de verpakking voor de patiënt. De zorgaanbieder krijgt een signaal als de medicatie niet uit de dispenser wordt genomen. Op dat moment kan alsnog hulp worden verleend door de patiënt te bellen of te bezoeken.

REGISTREREN

4. Registratieverplichtingen

4.1 De registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
4.2 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

DECLAREREN

5. Declaratiebepalingen

5.1 De prestaties verpleging en verzorging als bedoeld in de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging' en de prestatie in de 'Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging' worden niet eerder in rekening gebracht dan nadat de zorg geleverd is.
5.2 Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden.
5.3 De declaratie van de prestaties verpleging en verzorging vindt plaats op patiëntniveau. Dat houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal

eenheden[1], het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het aantal te declareren eenheden bestaat uit het aantal uren directe zorgverlening.

5.4 In afwijking van artikel 5.3 bestaat de declaratie van geleverde zorg in het kader van intensieve kindzorg door een aanbieder van verblijf of dagopvang uit het aantal eenheden van de prestaties verpleging en verzorging[2] dat in rekening wordt gebracht ter dekking van de kosten gemaakt voor geleverde intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraken in de Zvw. De declaratie bestaat uit een aantal eenheden verpleging en verzorging, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per declaratieperiode dat in rekening wordt gebracht.

5.5 In afwijking van artikel 5.3 vindt de declaratie van de prestatie ‘wijkgericht werken’ en de prestatie ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij. De zorgaanbieder moet voor deze prestaties een overeenkomst sluiten met een zorgverzekeraar. De gecontracteerde zorgaanbieder van de prestaties ‘wijkgericht werken’ en ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ declareert aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.

De prestatie ‘wijkgericht werken’ mag alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens over een contract beschikt voor toewijsbare verpleging en/of verzorging met een zorgverzekeraar.

De prestatie ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ mag alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

5.6 De declaratie van de prestatie ‘beloning op maat’ vindt plaats op patiëntniveau. De declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.

Voor deze prestatie geldt dat zij enkel in rekening gebracht mag worden indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De prestatie ‘beloning op maat’ mag bovendien alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

5.7 De declaratie van de prestatie ‘experiment bekostiging verpleging en verzorging’ vindt plaats op patiëntniveau. De declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.

Voor deze prestatie geldt dat zij enkel in rekening gebracht mag worden indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Deze prestatie mag bovendien alleen in rekening worden gebracht met inachtneming van de overige voorwaarden, voorschriften en beperkingen die gelden voor dit experiment

5.8 Bij inzet van beeldschermcommunicatie kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de directe contacttijd via de prestaties verpleging en verzorging, voor beeldschermcommunicatie een vergoeding declareren. Dit geldt alleen wanneer hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Hierbij gelden bovendien de volgende kaders: Per aangesloten patiënt die via beeldschermcommunicatie geïndiceerde zorg op afstand geleverd krijgt, kan maximaal 4 uur per maand tegen het afgesproken basistarief van verpleging of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd aanvullend op de uren directe contacttijd en uitsluitend binnen de indicatie. Deze uren ter vergoeding van beeldschermcommunicatie, niet zijnde de uren directe contacttijd, dienen apart inzichtelijk te zijn in de declaratie.

5.9 Bij inzet van farmaceutische telezorg kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de directe contacttijd via de prestaties verpleging en verzorging, voor de farmaceutische telezorg een vergoeding declareren. Dit geldt alleen wanneer hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Hierbij gelden bovendien de volgende kaders: Per patiënt die farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan binnen de indicatie maximaal 2 uur en 30 minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. De uren ter vergoeding van farmaceutische telezorg, niet zijnde de uren directe contacttijd, dienen apart inzichtelijk te zijn in de declaratie.

5.10 Voor de prestaties vermeld onder artikel 4.1 van de ‘Beleidsregel Verpleging en verzorging’ waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld, geldt een tariefeenheid van een uur.

Indien sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Afronding vindt plaats per declaratieperiode.

Indien er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd

[1] Zie hiervoor Toelichting artikel 5.

[2] Zie hiervoor Toelichting artikel 3.7 en 5.4

afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.
Voor de prestatie Advies, instructie en voorlichting (AIV) geldt daarnaast dat voor zover deze prestatie niet individueel aan een patiënt wordt geleverd maar aan een groep, de werkelijke behandeltijd naar evenredigheid wordt toegerekend aan de patiënten die deel uitmaken van de groep.

5.11 Indien sprake is van onderlinge dienstverlening moet de zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie (vermeld onder artikel 4.1 van de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging') bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

6. Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze regeling zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s), genoemd in de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging' en de 'Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging'.

7. Intrekking oude regel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Verpleging en verzorging', met kenmerk NR/CU-730, ingetrokken.

8. Overgangsregeling

De regeling 'Verpleging en verzorging', met kenmerk NR/CU-730, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

9. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling kan worden aangehaald als regeling 'Verpleging en verzorging'.

10. Voorbehoud

Op het moment van vaststelling van deze regeling 'Verpleging en verzorging' is een wijziging van het Besluit zorgverzekering voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer als bijlage bij respectievelijk brief met kenmerk 776308-137559-Z en Kamerstukken II, 29 689, nr. 614. Deze regeling 'Verpleging en verzorging' is opgesteld op basis van voornoemde voorhang. Deze regeling 'Verpleging en verzorging' is door de NZa vastgesteld onder voorbehoud van politieke besluitvorming inzake inwerkingtreding van de in deze voorhang opgenomen wijziging van artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering.

Indien de in de vorige alinea genoemde wijzing van artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering niet uiterlijk op 1 januari 2016 in werking is getreden, zal de NZa een gewijzigde regeling vaststellen. Dit betekent dat indien de NZa geen regeling heeft vastgesteld die de voorliggende vervangt, de voorliggende regeling 'Verpleging en verzorging' onverkort van toepassing is.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Algemeen

Het jaar 2015 was een transitiejaar. De prestaties vanuit de AWBZ werden daarom in 2015 in de Zvw zoveel mogelijk gecontinueerd en waar mogelijk gebundeld. Ook in 2016 worden deze prestaties gecontinueerd, maar conform voorhang aangevuld met een drietal nieuwe prestaties: prestatiebeloning (beloning op maat), onplanbare zorg (regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg) en zorgvernieuwing. Voor zorgvernieuwing is een aparte beleidsregel opgesteld (BR/CU-7124 'Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging').

Artikelsgewijs

Artikel 1 Reikwijdte

De door de zorgaanbieders geleverde verpleging en verzorging waar deze regeling op toe ziet, betreft alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zvw valt.

De nadere regel is ook van toepassing wanneer een natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg verpleging en verzorging levert in het kader van een persoonsgebonden budget (pgb). Maar niet iedereen is zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Met de introductie van het pgb in de Zvw zal het immers voorkomen dat zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die dit niet vanuit beroeps- of bedrijfsmatig oogpunt verricht. Vaak zal het hier gaan om mensen die de zorg verlenen omdat er een bepaalde sociale relatie bestaat met de verzekerde die de zorg ontvangt ('mantelzorgers'). De verzekerde kan bij die persoon, die de zorg niet vanuit een bedrijf of beroep levert, de benodigde zorg inkopen door middel van een pgb. Deze 'mantelzorgers' vormen een categorie van (informele) zorgverleners die niet onder de definitie van zorgaanbieder in de zin van de wet vallen. Dit betekent dat er voor de groep informele zorgverleners geen tarief- en prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld door de NZa.

Artikel 5.4 Intensieve kindzorg

Artikel 5.4 betreft een declaratiebepaling specifiek voor aanbieders van verblijf of dagopvang aan intensieve kindzorg kinderen. Deze bepaling maakt het mogelijk om naast de zorg vallend onder de prestaties verpleging en verzorging, ook andere kosten in het kader van intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraak in de Zvw in rekening te brengen met de prestaties verpleging en verzorging. Hierbij moet gedacht worden aan kosten in het kader van pedagogische ondersteuning. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor verblijf in kinderhospices, zoals kosten voor voeding, schoonhouden van ruimtes, linnengoed en huisvesting.
Partijen zijn vrij om te bepalen welke prestatie van de prestaties verpleging en verzorging zij in rekening brengen ter dekking van de gemaakte kosten bij het leveren van intensieve kindzorg. Uitzondering hierop zijn de prestaties 'wijkgericht werken' en 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg'. Deze zijn niet bedoeld voor intensieve kindzorg.

Deze bepaling gold ook in 2015, maar is aangepast ten aanzien van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf. In 2015 was het ook mogelijk om vervoer van en naar het verpleegkundig kinderdagverblijf in rekening te brengen met de prestaties voor verpleging en verzorging. Vanaf 2016 is dit niet langer mogelijk omdat dit vervoer zal worden bekostigd op basis van artikel 2.14 Bzv, zittend ziekenvervoer. Zittend ziekenvervoer valt niet onder de tarief- en prestatieregulering van de NZa.

Artikel 3.9 Uur directe zorgverlening

Een uur directe zorgverlening is gedefinieerd als de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

Onder directe zorgverlening wordt niet verstaan:
- activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management);
- coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers;
- preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (met uitzondering van AIV);
- fysiotherapie, ergotherapie;
- reistijd, bijscholing, stage en dergelijke.

Artikel 5. Declaratiebepalingen

Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden. AGB-codes worden op verschillende niveaus afgegeven. Zo zijn er AGB-codes voor zorginstellingen, maar bijvoorbeeld ook voor individuele zorgaanbieders. Voor de declaratie gaat het om de AGB-code op het hoogste aggregatieniveau. Ofwel, de AGB-code van de zorgaanbieder, zijnde een individu of een organisatie, die de prestaties voor verpleging en verzorging (niet zijnde onderlinge dienstverlening) declareert.

De tarieven voor zorg worden door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat wanneer men bijvoorbeeld zeventien minuten zorg levert, een volledig uur in rekening wordt gebracht. De afronding vindt plaats per declaratieperiode. Dit betekent dat er wordt afgerond op het moment dat de declaratie plaatsvindt en niet per zorgmoment.
Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten worden gedeclareerd. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Verpleging en verzorging kan bijvoorbeeld worden gedeclareerd op basis van een zorgplan. Daarbij bestaat wel de eis, dat het aannemelijk is dat de zorg daadwerkelijk geleverd is.

Artikel 5.8 en 5.9

De declaratiebepalingen in artikel 5.8 en 5.9 maken het mogelijk voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg een maximaal aantal extra uren in rekening te brengen bovenop de daadwerkelijk geleverde uren directe contacttijd. Deze extra uren zijn bedoeld als een vergoeding voor extra kosten die gemaakt zijn in het kader van beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Ook zijn ze bedoeld om de met beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg behaalde doelmatigheidswinst, ook ten voordele van de zorgaanbieder te laten komen, zodat de doelmatigheidswinst niet uitsluitend als een vermindering van omzet wordt ervaren.

Voorwaarde voor het in rekening brengen van de extra uren is dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. Daarnaast moeten de extra uren ter vergoeding van beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg, niet zijnde de uren directe contacttijd, in de declaratie apart inzichtelijk zijn.

Artikel 5.10

Rekenvoorbeeld voor de berekening van de te declareren tijd bij de toepassing van de prestatie AIV aan patiënten in een groep:
7 patiënten in een AIV sessie van een uur:
60 minuten gedeeld door 7 patiënten = 60/7= 8,57 minuut per patiënt.
Door af te ronden op 5 minuten mag er in dit geval 10 minuten per patiënt worden gedeclareerd.